9999 v. 30

1894

Lane Medical Library

# Operative Erfolge bei Hautcarcinom.

---

**Inaugural-Dissertation**

zur

**Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie**

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

**vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg**

zugleich mit den Thesen

**Freitag den 23. November 1894, Mittags 12 Uhr**

öffentlich verteidigen wird

**Otto Weisswange**
approb. Arzt
aus Falkenberg.

---

Referent: Herr Prof. Dr. von Bramann.

Opponenten:
Herr H. Löns, approb. Arzt.
Herr Dr. med. W. Nagel.

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1894.

Imprimatur

Prof. Dr. **Ackermann**

h. t. Decanus.

Meiner lieben Mutter

und dem Andenken

meines lieben Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0208

Die radicale Therapie der Carcinome bildet in der gesammten Medicin und besonders in der Chirurgie seit alters her eines der wichtigsten Capitel. So lange man die Krebskrankheit kennt, hat man nicht aufgehört nach einem directen Heilmittel dagegen zu suchen, aber so viele Mittel man auch versucht und als wirksam angepriesen hat, keines derselben hat sich bei einer näheren Untersuchung als wirksam erwiesen. Man ist daher von jeder auf die Exstirpation des Neoplasmas angewiesen gewesen. Schon Galen verfuhr in ganz rationeller Weise: er entfernte die Geschwulst mit dem Messer, drückte die Venen aus und cauterisierte die Wunde zur Blutstillung wie auch zum Zerstören der Wurzeln des Gebildes. Er hat, wie berichtet wird, beim Beginn des Uebels Erfolge gehabt.

Der Niedergang der medicinischen Wissenschaft, der auf jene Zeit folgte, liess die operativen Erfolge bei Carcinom ganz vergessen und man hielt das Carcinom fast allgemein für unheilbar. Billroth sagt: „Die Lehre von der Krebsdiathese war in früheren Zeiten so sehr in den Köpfen aller Chirurgen herrschend, dass die Heilung eines Carcinoms durch die operative Entfernung desselben aus dem Körper für unmöglich betrachtet und daher gar nicht sonderlich angestrebt wurde. Ja man glaubte sogar, dass das Uebel weniger schnelle Fortschritte machte, wenn nicht operiert würde.“

Erst im 18. Jahrhundert gelangte man zu der Erkenntniss, dass das Carcinom zunächst eine locale Erkrankung darstellt und nicht als das Symptom einer allgemeinen Erkrankung zu betrachten ist. Damit sah man auch ein, dass das Heil einzig in einer frühzeitigen, radicalen Operation zu finden ist.

Ein unübersteigliches Hinderniss für bahnbrechende Untersuchungen über das Carcinom bildete zu jener Zeit der dichte Schleier, der über Anatomie und Histologie ausgebreitet lag. Erst durch Thiersch und Waldeyer wurde eine Aufklärung über die Natur des Carcinoms gegeben, aber ein Heilmittel fand man trotzdem nicht und ist die Exstirpation des Neoplasmas vorläufig die alleinige Therapie geblieben.

Die Frage über die Erfolge der Operationen bei Carcinom konnte erst durch eine genaue Statistik der operierten Fälle, durch die fortdauernde Beobachtung der Patienten während einer Reihe von Jahren nach der Exstirpation gelöst werden. Es ist das Verdienst Billroths zuerst eine solche Statistik aus seiner Klinik geliefert zu haben. Wenn auch jetzt, wie eine Anzahl derartiger Statistiken dargelegt haben, kein Zweifel mehr darüber herrschen kann, dass das Carcinom operativ heilbar ist, so dürfte es doch von Interresse sein durch Statistiken aus neurer Zeit zu erfahren, ob die Erfolge der Operationen im Laufe der Jahre sich gebessert haben. Das reiche Material der hallischen chirurgischen Klinik bietet nun eine gute Gelegenheit eine solche Statistik aufzustellen, in meiner Arbeit möchte ich aber nur auf die operativen Erfolge bei Hautcarcinom eingehen.

Nach Thiersch unterscheidet man in anatomischer und klinischer Hinsicht zwei Arten des Hautkrebses, nämlich den flachen und den tiefgreifenden Hautkrebs.

Der erstere (Ulcus rodens der Alten) zeichnet sich dadurch aus, dass er ganz oberflächlich bleibt, kaum ins Unterhautzellgewebe eindringt und sehr langsam wächst. Den

Ausgangspunkt bildet vorwiegend das Rete Malpighi. Sehr bald tritt meist Ulceration ein und es entsteht ein flaches Geschwür mit wenig erhabenen Rändern, dass die Tendenz hat sich flächenhaft auszubreiten, während es im Centrum zu Vernarbungsvorgängen kommen kann. Der Verlauf ist ausserordentlich chronisch, so dass 10 bis 20 Jahre vergehen können, bis das Geschwür Flachhandgrösse erreicht hat, es schreitet jedoch, falls nicht eingegriffen wird, zwar langsam, aber sicher zerstörend weiter. Schwellung der zunächst gelegenen Lymphdrüsen tritt bei dieser Form nur selten und erst spät auf und verläuft dann ebenso langsam, wie die primäre Erkrankung. Wegen des wenig bösartigen Verlaufes hat man diese Krebsform auch als Cancroid (krebsähnliche Geschwulst) bezeichnet, sie gehört jedoch in anatomischer und klinischer Hinsicht zu den Carcinomen, wenn sie auch die mildeste Form derselben darstellt.

Anders verhält sich dagegen die tiefgreifende Form des Hautkrebses. Den Ausgangspunkt bilden hier die tiefer gelegenen Teile der Haut und zwar häufig die Talgdrüsen, seltener die Haarbälge. Es entstehen harte Knoten oder papilläre Wucherungen, die bald zerfallen und dann treten charakteristische Geschwüre auf mit unebenem, höckrigem, zerklüftetem Grunde und knolligen Einlagerungen in den Geschwürsrändern. Die Geschwüre haben die Tendenz rasch zu wachsen und namentlich zerstörend in die Tiefe zu greifen. Die Lymphdrüsen werden bald befallen und nicht ganz selten treten im weiteren Verlaufe Metastasen in den inneren Organen auf.

Es ist noch hervorzuheben, dass es auch Übergänge zwischen beiden erwähnten Formen giebt, indem die flache in die tiefgreifende Form übergehen kann.

In Betreff der Localisation der Hautkrebse kommen hauptsächlich der Kopf, spec. das Gesicht, die Genitalien und die Extremitäten in Betracht, selten wird der Rumpf befallen.

Am häufigsten tritt der Hautkrebs im Gesicht auf,

hier sind es besonders die Unterlippe, die Nase, die Wangen, die Stirn und die Augenlider, weniger häufig das Ohr und selten die Oberlippe. Der flache Hautkrebs sitzt am häufigsten auf den Wangen, der Stirn, der Nase und den Lidern, während der tiefgreifende die Unterlippe bevorzugt.

Was die Genitalien betrifft, so kommen für den Sitz der Hautcarcinome besonders das Scrotum, die Glans penis und das Praeputium, sowie die entsprechenden Teile der weiblichen Genitalien, die Labien und die Clitoris, in Betracht.

Die Carcinome an den Extremitäten entstehen häufig aus chronisch entzündlichen Processen der Hautdecken oder auf den Boden alter Narben, die häufig aufbrechen. Man findet sie namentlich an der Hand, spec. dem Handrücken, und am Unterschenkel, seltener am Oberarm und Oberschenkel.

Wenden wir uns nun der Therapie der Hautcarcinome zu.

Zur Entfernung der Hautkrebse hat man vielfach Aetzmittel empfohlen und zwar der verschiedensten Art. Für den tiefgreifenden Hautkrebs eignen sich aber die Aetzmittel gar nicht, da die Ausbreitung der Aetzung in die Tiefe eine ungenügende ist und man so nicht alles Kranke beseitigen kann. Für den flachen Hautkrebs kann man dagegen die Aetzmittel anwenden, da hier die Wirkung bei der geringen Dicke des Neoplasmas genügend in die Tiefe geht. Vorzüge vor dem Messer hat aber, wie Thiersch sagt, das Aetzmittel hauptsächlich nur in den Augen messerscheuer Patienten und Aerzte. Die Exstirpation mit dem Messer ist in ihrer Wirkung sicherer und gestattet die Heilung per primam intentionem, sowie den unmittelbaren plastischen Ersatz.

Die Exstirpation der Hautcarcinome mit dem Messer wird, wie bei allen Carcinomen, möglichst weit vom Rande der Geschulst, mindestens 1—$1^1/_2$ cm im Gesunden, vorgenommen, um sicher zu sein keine Geschwulstkeime

zurückzulassen. Die goldene Regel für alle Carcinomoperationen ist, wie O. Weber sagt, nicht an der Grenze des Gesunden und Kranken, sondern soweit als möglich im Gesunden zu operieren. Der durch die Operation entstandene Defect der Haut wird, falls er sich nicht durch Nähte zusammenziehen lässt, sogleich durch eine plastische Operation gedeckt. Bei dem tiefgreifenden Hautkrebs hat man ferner nicht nur die vergrösserten, bereits als erkrankt nachweisbaren Lymphdrüsen mit zu entfernen, sondern man hat auch die regionären Lymphdrüsen, welche erfahrungsmässig von dem localen Tumor inficiert zu werden pflegen, aufzusuchen und sammt dem umliegenden Fettgewebe zu beseitigen.

Was die Erfolge der Operationen bei Hautkrebs betrifft, so hat man bei diesem die günstigsten Resultate von allen Krebsen erzielt.

Wenn in $1^1/_2$—2 Jahren nach der Operation kein Recidiv erfolgt, dann ist ein solcher Patient wahrscheinlich als vollständig geheilt zu betrachten.

A. Wörner hat in den Brunns'schen Mitteilungen aus der Tübinger Klinik bezüglich der Endresultate des Lippenkrebses auf Grund von 866 Fällen von Lippenkrebs festgestellt, dass 87,6% aller Recidive im ersten Jahre nach der Operation auftraten, und dass derjenige, welcher 3 Jahre lang recidivfrei geblieben ist, mit grosser Sicherheit als definitiv geheilt anzusehen ist.

Die Recidive nach Entfernung eines Carcinoms unterscheidet man nach Thiersch als continuierliche, als regionäre und als Infections- oder Transplantations-Recidive.

Geht das Recidiv von Teilen der primären Geschwulst aus, die bei der Operation nicht mit entfernt wurden, so bezeichnet man das Recidiv als continuierliches. Die grosse Mehrzahl aller Recidive muss man wohl als continuierliche betrachten. Für continuierliches Recidiv spricht der Eintritt desselben innerhalb des 1. Jahres nach der Operation.

Um sich gegen diese Art von Recidiven zu schützen, muss der Operateur möglichst weit im Gesunden die Ge-

schwulst zu umschneiden suchen, aber freilich lässt es sich mit blossem Auge oft nicht sicher entscheiden, wie weit die Erkrankung schon fortgeschritten ist.

Als regionäres Recidiv bezeichnet man eine neue, selbständige Krebsbildung in der nächsten Umgebung der primären Geschwulst. Thiersch erklärt den Vorgang so, dass die gleichen anatomischen Veränderungen, welche der Krankheit an dem ursprünglichen Sitze disponierend vorhergingen, nun in einem späteren Zeitraume auch in seiner nächsten Umgebung zu Stande gekommen sind. Man hat es demnach mit einer regionären Ausbreitung der anatomischen Disposition zu thun. Die regionären Recidive entstehen bisweilen erst nach mehreren Jahren.

Wollte man dieser Art von Recidiven sicher vorbeugen, so müsste man die ganze betroffene, anatomische Region entfernen; dies kann man wohl beim Peniscarcinom, sowie beim Extremitätencarcinom thun, aber im Gesicht ist es nicht gut möglich.

Als dritte Art von Recidiven haben wir noch die Infections- oder Transplantationsrecidive zu berücksichtigen. Hierunter versteht man das Auftreten von secundären Knoten an den verschiedensten Orten, zunächst aber in den benachbarten Lymphdrüsen. Beim flachen Hautkrebs kommen diese Recidive kaum vor, da, wie schon erwähnt, bei dieser Form die Lymphdrüsen nur selten und spät ergriffen werden, und beim tiefgreifenden Hautkrebs kommen fast nur die Lymphdrüsen in Betracht.

Es kann bisweilen längere Zeit vergehen, man findet Beispiele von 1—2 Jahren, ehe die in die Lymphdrüsen verschleppten Keime zur Entwicklung kommen. v. Winiwarter sucht das späte Eintreten dieser Recidive in der Weise zu erklären, dass, wenn das primäre Carcinom entfernt ist, zu gleicher Zeit ein Reiz entfällt, der auf die Drüse eingewirkt hatte und sie in einem gewissen Irritationszustande hielt. Fehlt nun der Reiz, so kann die Weiterentwicklung des Carcinoms in der Lymphdrüse einen vorübergehenden

Stillstand erleiden oder wenigstens ganz allmählich vor sich gehen.

Um den Infectionsrecidiven vorzubeugen, ist es nötig, bei tiefgreifendem Hautcarcinom, wie schon erwähnt, stets die regionären Lymphdrüsen mit zu entfernen. Allerdings bedeutet nicht jede Lxmphdrüsenschwellung, die man bei der Operation findet, eine krebsige Infiltration, sondern sie kann nur symptomatischer Natur sein, d. h. der Ausdruck der Reaction, womit die Drüse auf jeden ihr zukommenden Reiz antwortet. Derartige Drüsen involvieren kürzere Zeit nach Entfernung der localen Geschwulst. Da man aber nicht wissen kann, ob eine geschwollene Drüse carcinomatös oder nur chronisch entzündlich ist, so ist stets die Exstirpation vorzuziehen.

Bevor ich nun näher auf das Material eingehe, dass mir zur Verfügung stand, möchte ich noch einige erklärende Worte darüber vorausschicken.

Die Fälle, welche ich anzuführen gedenke, umfassen die sämmtlichen Hautcarcinome, die in der Zeit vom 1. April 1890 bis 1. Oktober 1893 in der hallischen chirurgischen Klinik operiert wurden.

Die betreffenden Krankengeschichten wurden mir von Herrn Professor von Bramann gütigst zur Verfügung gestellt.

Die Kranken stammen zumeist aus der Provinz Sachsen, in dieser vorwiegend aus Halle und dessen näherer Umgebung, zum kleineren Teil aus Anhalt und den thüringischen Staaten.

Über das Befinden, der in die Heimath entlassenen Patienten suchte ich mich auf brieflichem Wege in der Zeit von Mitte Juni bis Mitte Juli dieses Jahres zu unterrichten. Bei allen Fällen ist es mir auch wirklich gelungen, eine meist genügende Auskunft zu erhalten. Die Nachrichten erhielt ich zumeist von den Patienten selbst oder ihren Angehörigen, in einzelnen Fällen auch von ferner stehenden Personen und waren die Mitteilungen meist so ausführlich,

dass ich den Betreffenden zu Dank verpflichtet bin. Bei einer geringen Anzahl von Patienten konnte ich mich durch eigne Anschauung von ihrem jetzigen Zustande überzeugen.

In Bezug auf die Anordnung des Materials habe ich die Fälle in folgende Unterabteilungen gebracht:

a) Carcinome am Kopfe.
   I. der Unterlippe. II. der übrigen Teile.
b) Carcinome der äusseren Genitalien.
c) Carcinome der Extremitäten und des Rumpfes.

Die Fälle gedenke ich in obiger Ordnung in Tabellenform aufzuführen, wobei ich alle Daten aus der Krankengeschichte kurz angeben möchte. Die Operationen und den Heilungsverlauf werde ich ebenfalls kurz andeuten. Die Operationen und die Nachbehandlung erfolgten natürlich unten all den Cautelen, die der heutigen Chirurgie eigen sind.

# Carcinome der Unterlippe.

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 1. Traugott W., 64 J., Handarbeit. aus Arzberg. | Starker Pfeifenraucher, häufig aufgesprungene Lippen. Beginn Oct. 89 als Excoriation. | Schleimhaut u. Unterhautbindegewebe infiltrierendes, in der Fläche zweimarkstückgrosses Carcinom der l. Hälfte der Unterlippe. Am l. Kieferwinkel 2 haselnussgrosse Drüsen. | Operation 16. V. 90. Keilförmige Excision, Naht. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 2. VI. geheilt entlassen. | Patient ist $^3/_4$ Jahr nach der Operation angeblich an Altersschwäche ohne Recidiv gestorben. |
| No. 2. Michael L., 75 J., Korbmacher aus Wandersleben. | Mittelstarker Pfeifenraucher. Beginn Frühjahr 89 als Rhagade. | Auf der Oberfläche ulceriertes, papilläres Carcinom der ganzen Unterlippe. Regionäre Drüsen infiltriert. | Operation 4. VI. 90. Excision. Deckung des Defects durch zwei seitliche Lappen. Exstirpation der Drüsen. | 8. VI. Gesichtserysipel, nach 9 Tag. geheilt. 10. VII. geheilt entl. | Patient ist am 23. IV. 93 angeblich an Altersschwäche ohne Recidiv gestorben. |
| No. 3. Karl J., 56 J., Handarbeiter aus Schraplau. | Patient hat nur selten Cigarren geraucht. Beginn März 90 als Knötchen nach Schnitt mit dem Rasiermesser. | Auf der Unterlippe etwas mehr nach links eine harte Geschwulst v. Kirsch-Grösse mit höckriger, ulcerierter Oberfläche. Regionäre Drüsen infiltriert. | Operation 25. XI 90. Keilförmige Excision, Naht. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 6. XII. geheilt entlassen. | August 93 trat auf d. r. Seite d. Unterlippe ein hartes Knötchen auf. 11. I. 94 kam Patient wieder in die Klinik. $2^1/_2$ cm von der alten Narbe eine über erbsengrosse, harte Geschwulst. Operat. 20. I. 94. Excision, Naht. 26. I. geheilt entl. 29. VI. hat sich Patient gesund gem. |

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 4. Carl H., 58 J., Fussgendarm aus Zeitz. | Starker Cigarrenraucher. Beginn August 90 als Erosion. | Links von der Mitte der Unterlippe ein in der Fläche markstückgrosses, ulceriertes Carcinom. In der l. regio submaxillaris eine Drüse fühlbar. | Operation 19. II. 91. Excision, Naht. Exstirpation der Drüse. | Glatte Heilung. 1. III. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung v. 27. II. 94 ist Patient gesund. |
| No. 5. Gottlieb B., 58 J., Grubenarbeiter aus Rösa. | Nichtraucher, priemt aber. Beginn Nov. 90 als Knötchen. | Rechte Hälfte der Unterlippe, bis auf $^1/_2$ Finger breit vom Mundwinkel, von einer derben, ulcerierten Geschwulst eingenommen. Regionäre Drüsen infiltriert. | Operation 30. IV. 91. Excision, Deckung des Defects durch Lappen aus der r. Wange. Extirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 11. V. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung v. 2. VII. 94 ist Patient geheilt geblieben. |
| No. 6. Heinrich B., 63 J., Arbeiter aus Schneidlingen. | Beginn vor 6 Mon. als hartes Knötchen. | Auf der l. Hälfte der Unterlippe eine haselnussgrosse Geschwulst von höckriger, ulcerierter Oberfläche. In der Submentalgegend eine infiltrierte Drüse. | Operation 10. VIII. 92. Keilförmige Excision, Naht. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 19. VIII. geheilt entlassen. | October 92 ist Patient wegen einer Geschwulst am Halse in Stassfurt operiert worden. Jetzt soll wieder eine Geschwust am Halse aufgetreten sein, die nach Aussage eines Arztes nicht mehr zu operieren ist. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 7. Christoph L., 75 J., Handarb. aus Langenbogen. | Starker Pfeifenraucher. Beginn vor 10 Wochen als Blütchen. | Die ganze l. Hälfte der Unterlippe wird von einer höckrigen, ulcerierten Geschwulst eingenommen. In der l. Submaxillargegend eine infiltrierte Drüse. | Operation 6. X. 91. Excision, Naht, Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 12. X. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung v. 29. VI. 94 ist Patient geheilt geblieben. |
| No. 8. Christian W., 76 J., aus Woels. | An der Stelle der Geschwulst schon länger eine Rhagade. Beginn vor 1 Jahre als Knötchen. | Links von der Mitte der Unterlippe eine derbe Geschwulst mit pfenniggrosser, ulcerierter Oberfläche. | Operation 24. XI. 91. Keilförmige Excision, Naht. | Glatte Heilung. 8. XII. geheilt entlassen. | Patient ist am 20. XII. 93, angeblich an Altersschwäche, ohne Recidiv gestorben. |
| No. 9. Karl B., 68 J., Böttchermeister aus Zörbig. | Beginn vor 3 Mon. als Knötchen. | Auf der r. Unterlippenhälfte eine haselnussgrosse, zerklüftete, derbe Geschwulst. Davon erstreckt sich eine zweite Geschwulst cr. 6 cm weit auf die Wangenschleimhaut, ebenfalls von derber Consistenz und höckriger Oberfläche. Die regionären Drüsen infiltriert. | Operation 27. XI. 91. Excision beider Geschwülste. Plastik. Exstirpation der Drüsen. | 1. XII. 40° T., sonst glatte Heilung. 9. XII. geheilt entlassen. | Patient stellt sich am 27. VI. 94 gesund vor. |
| No. 10. August B., 61 J., Handarbeiter aus Markwerben. | Beginn Mai 90 als Knötchen. Langsames Wachstum. | Den mittleren Teil der Unterlippe nimmt in Ausdehnung von 4 cm eine derbe, höckrige u. ulcerierte Geschwulst ein. Regionäre Drüsen infiltriert. | Operation 23. II. 92. Excision, Naht, nach Entspannungsschnitten. Exstirpation der Drüsen. | Ausser mässigen Bronchialkatarrh glatte Heilung 14. III. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung v. 30. VI. 94 ist Patient recidivfrei. |

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 11. Johann A., 64 J., Arbeiter aus Frankenhausen. | Beginn Juni 91 mit Schwellung und Bildung von kleinen Knötchen an der Innenseite beider Lippen. | Ober- und Unterlippe bis auf eine cr. 2 cm lange Partie der r. Hälfte der Oberlippe von einer ulcerierten, höckrigen Geschwulst eingenommen. Dieselbe setzt sich vom l. Mundwinkel bis über das Jochbein in der Haut fort. In der Schleimhaut fast ebenso weit. Regionäre Drüsen infiltriert. | Operation 23. II. 92. Excision. Abmeisslung einer oberflächlichen Lamelle des darunter liegenden Oberkiefers. Der grosse Defekt soll durch Plastik gedeckt werden, dazu vorbereitende Lappenbildung. | Heilungsverlauf in den ersten Tagen gut. Ernährung zunächst durch Nährklystiere, dann durch Schlundsonde. 1. III. Heftige Excitation. T. 38,2°. 2. III. Excitus. | Section ergiebt hypostatische Pneumonie. |
| No. 12. Rudolf H., 60 J., Schiffer aus Stadt Alsleben. | Starker Raucher, häufig aufgesprungene Lippen. Beginn als hartes Knötchen. | Zweidrittel der Unterlippe nimmt eine wurstförmige, ulcerierte Geschwulst ein, nach unten $^1/_2$ cm über das Lippenrot hinausgehend. Regionäre Drüsen infiltriert. | Operation 15. III. 92. Excision, Naht nach Entspannungsschnitten. Exstirpation der Drüsen. | 25. III. Gesichtserysipel, darauf Phlegmone mit Abcessbildung a. r. Vorderarme. Sehne d. Flexor digit. communis nekrotisch. 3. VI. entlassen. Lippenwunde geh., Wunde a. r. Vorderarme granuliert gut. | Patient stellt sich am 29. VI. 94 recidivfrei vor. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Carl M., 43J., Bergmann aus Gr. Leinungen. | 91 als Schorf. | Unterlippe eine flach erhabene, in der Fläche pfenniggrosse, ulcerierte, derbe Geschwulst, nach links setzt sie sich in einen pflaumenkerngrossen Tumor in der Schleimhaut fort. Regionäre Drüsen infiltriert. | Excision, Deckung des Defects durch Plastik. Exstirpation der Drüsen. | lung. 26. III. geheilt entlassen. | 29. VI. 94 ist Patient geheilt geblieben. |
| No. 14. Gottlieb Str., 69 J., Wächter aus Cöthen. | Beginn Ende December 91 neben einer $^1/_2$ Jahr alten Narbe als Knötchen. | Die r. Hälfte der Unterlippe nimmt eine höckrige, derbe Geschwulst ein, die wenig gegen den Knochen verschieblich ist. Regionäre Drüsen infiltriert. | Operation 12. IV. 92 Excision. Deckung des Defekts durch Lappen aus der Kinn- und oberen Halsgegend. Oberflächliche Lamelle vom Knochen abgemeisselt. Exstirpation der Drüsen. | Die Schleimhaut der neugebildeten Lippe wird nekrotisch. 3. VI. Patient vorläufig entlassen. 16. VIII. wieder aufgenommen. An der r. Hälfte der Unterlippe fehlt das Lippenrot in einer Ausdehnung von $2^1/_2$ cm. Der r. Mundwinkel am Knochen fixiert u. nach unten gezogen. Speichelfluss. Operation 18. VIII. Beseitigung der Mängel. 1. IX. geh. entl. | Nach Mitteilung des Sohnes ist Patient am am 30. VI. 93 an Recidiv gestorben. Die Operationswunde soll 4 Wochen vor dem Tode aufgebrochen sein; in letzter Zeit starke Blutungen. |

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 15. Friedrich P., 53J., Bergmann aus Langenbogen. | Beginn vor 1 Jahre als Blütchen, vorher an der Stelle Rhagade. | Die ganze Unterlippe von einer harten, an der Oberfläche höckrigen und ulcerierten Geschwulst eingenommen. Regionäre Drüsen nfiltriert. | Operation 25. VIII. 92. Excision, wodurch die ganze Unterlippe wegfällt. Deckung des Defekts durch Plastik. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 18. IX. zur ambulatorischen Behandlung entlassen. | Laut Mitteilung v. 27. VI. 94 ist Patient geheilt geblieben. |
| No. 16. Wilhelm M., 72 J., Arbeiter aus Halle. | Starker Pfeiffenraucher. Beginn Mai 92 als nässende Schrunde. | Auf dem mittleren Teile der Unterlippe, etwas mehr nach links, eine ulcerierte, 2 cm breite, 1 cm tiefe Geschwulst. In der l. und r. regio submaxillaris infiltrierte Drüsen. | Operation 10. XII.92. Excision, Naht nach Entspannungsschnitten. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 15. XII. zur ambulatorischen Behandlung entlassen. | Patient stellt sich am 30. VI. 94 gesund vor. |
| No. 17. Friedrich D., 84J., Arbeiter aus Schönebeck. | Patient hat wenig geraucht. Beginn vor $^1/_2$ Jahre in Anschluss an eine Wunde. | Auf der l. Hälfte der Unterlippe ein Geschwür mit erhabenen, infiltrierten Rändern und zerklüftetem Grunde. Regionäre Drüsen infiltriert. | Operation 15. XII. 92. Excision, Naht nach Hülfsschnitten. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 29. XII. geheilt entlassen. | Nach Mitteilung der Frau ist Patient am 9. XII. 93 an Unterkieferkrebs gestorben Er soll 10 Wochen krank gewesen sein. |
| No. 18. Christoph Pr., 70 J., Arbeiter aus Rosperwerda. | Beginn vor 2 Jahren als Knötchen. | An der Unterlippe, nahe dem l. Mundwinkel ein pfenniggrosses Geschwür mit harten, gewallten Rändern. Keine Drüsen fühlbar. | Operation 21. VII. 93 Excision, Naht. | Glatte Heilung. 28. VI. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 12.VII.94 ist Patient geheilt geblieben. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Christian Qu., 60 J., Wegewärter aus Hasselfelde. | warzenartiges Knötchen. | lippe eine haselnussgrosse Geschwulst von derber Consistenz mit ulcerierter Oberfläche. Regionäre Drüsen infiltriert. | 93. Keilförmige Excision, Naht. Exstirpation der Drüsen. | lung. 4. IX. 93. geheilt entlassen. | 3. VII. 94 ist Patient gesund. |
| No. 20. Gottlieb Dr., 67 J., Arbeiter a. Prosig. | Beginn April 93 als Knötchen. | Auf der l Hälfte der Unterlippe ein pfenniggrosses Geschwür mit infiltriertem und höckrigem Grunde. Submaxillare Drüsen beiderseits infiltriert. | Operation 21. IX. 93. Keilförmige Excision, Naht. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 29. IX. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 29. VI. 94 ist Patient gesund. |
| | **Carcinome der übrigen Teile des Kopfes.** | | | | |
| No. 21. Friedrich M., 82 J., Oekonom aus Klingen. | Entwickelung aus einer lange bestehenden Warze am Ohr. Vor $1^1/_4$ Jahr war die Geschwulst halbwallnussgross und wurde mit einem Teile der Ohrmuschel auswärts entfernt; nach einem Vierteljahre Recidiv. | Die obere Hälfte der Ohrmuschel und die nach oben angrenzende Partie der Kopfhaut werden von einer höckrigen, ulcerierten Geschwulst eingenommen. Am r. Kieferwinkel und am vorderen Rande des Sternokleidomastoideus infiltrierte Drüsen. | Operation 21. V. 90. Excision, wobei auch ein Teil der hintern Wand des äusseren Gehörganges wegfällt. Deckung des Defectes durch Lappen vom Hinterhaupte. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 8. VI. geheilt entlassen. | Patient ist im December 91 an Recidiv gestorben. Es entstand am Halse ein anfangs beweglicher Knoten, der allmählich wuchs und ulcerierte. |

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 22. Friederike H., 41 J., Maurersfrau aus Könnern. | Im Winter 88/89 soll durch Kälteeinwirkung Rötung der Nase und danach ein Bläschen, das nicht heilte, entstanden sein. | Die ganze Nase, besonders die Spitze bläulich-rot, verdickt und an einzelnen Stellen abschilfernd. Auf dem l. Nasenflügel ein cr. $^1/_2$ cm im Durchmesser grosses, infiltriertes Geschwür, ein kleineres auf dem r. Nasenflügel | Operation 21.VI. 90. Excision mit teilweiser Erhaltung des Knorpels. Deckung des Defects durch Lappen aus d. Nasenrücken. | Glatte Heilung. 8. VII. geheilt entlassen. | Patientin stellt sich am 29. VI. 94. recidivfrei vor. |
| No. 23. Alwine G., 66 J., Arbeiterin aus Halle. | Vater an Leberkrebs gestorben. Beginn vor mehreren Jahren als rotes jukkendes Knötchen. | Am r. unteren Augenlide ein zehnpfennigstückgrosses, infiltriertes Geschwür. Lidrand frei | Operation 24.VI. 90. Excision m. Erhaltung des Lidrandes. Deckung d. Defects durch Lappen aus der Schläfengegend. | Glatte Heilung. 4. VII. geheilt entlassen. | Patientin stellt sich am 15 VII. 94. recidivfrei vor. |
| No. 24. Johanne Sch., 76 J., Witwe aus Aschersleben. | Beginn vor mehreren Jahren als kleines, rotes Knötchen, das langsam wuchs, stärkeres Wachstum seit $^3/_4$ Jahre. | Unterhalb des r. Auges auf der Wange ein zweimarkstückgrosses Geschwür mit aufgeworfenen, harten Rändern. | Operation 9. VII. 90. Excision, Abmeisslung der oberflächlichen Schicht des darunter liegenden Knochen. Deckung des Defects durch Lappen von der Stirn. | Glatte Heilung. 29. VII. geheilt entlassen. | Ende Mai 94 wurde Patientin wegen eines grossen Abcesses am r. Oberschenkel operiert und starb 8 Tage darauf. Recidiv war nicht aufgetreten. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 74 J., Arbeiterfr. aus Wengelsdorf. | [illegible] stärkeres Wachstum seit $^1/_4$ Jahre. | [illegible] haselnussgrosse, auf der Oberfläche ulcerierte, derbe Geschwulst. | Excision, Deckung d. Defects durch Lappen von der Stirn. | [illegible] heilg. 23. VII. geheilt entlassen. | 23. VI. 94 ist Patientin geheilt geblieben. |
| No. 26. Friederike P., 51 J., Arbeiterfr. aus Schafstädt. | Beginn vor mehreren Jahren als kleines Knötchen, stärkeres Wachstum seit $^1{}_2$ J. | Das ganze untere Lid und die äussere Hälfte des oberen Lides des r. Auges werden von einer $1^1/_2$ cm breiten Geschwürsfläche mit harten gewallten Rändern eingenommen. | Operation 18. VII. 90. Excision, wodurch d. ganze untere Lid u. die äussere Hälfte des oberen Lides wegfallen. Deckung des Defects durch Lappen von der Stirn. | Glatte Heilung. 27. VII. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 4. VII. 94 ist Patientin recidivfrei, nur klagt sie über Thränenträufeln. |
| No. 27. Carl St., 69 J., Hofmeister aus Eisdorf. | Beginn im Frühjahr 90 als Blüthchen, schnelles Wachstum. | An der r. Schläfe eine thalergrosse, 2 mm hohe, derbe Partie, an der Oberfläche zum Teil ulceriert. Keine Drüsen fühlbar. | Operation 20. X. 90. Exision. Deckung des Defects durch Lappen von der Stirn und Kopfhaut. | Glatte Heilung. 15. XI. geheilt entlassen. | Patientin stellt sich am 28. VII. 94 vor. An der r. Schläfe kein Recidiv, aber links vom Nasenrükken ein pfenniggrosses, infiltrirtes Geschwür, das sich seit 2 Jahren entwickelt haben soll. |
| No. 28. Amalie W., 68 J., a. Frankenhausen. | Beginn vor 5—6 J. als Blütchen nach Erysipel. | Nasenflügel und Septum fehlen in ihren unteren Partien. Die Nasenspitze wird von einem infiltrierten Geschwür eingenommen. | Operation 14. XI. 90. Exision, wodurch die knorplige Nase wegfällt Abmeisslung einer 3—4 mm breiten Spange von beiden Nasenbeinen und von knöchernen Septum. Der entstandene Defect durch 3 zeitlich getrennte, plastische Operationen ersetzt. | Glatte Heilung. 15. I. 91. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 27. VI. 94 ist Patientin geheilt geblieben. |

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 29. Friederike Th., 69 J., Witwe aus Kösen. | Beginn vor 6 Jahr. als nässendes Blütchen. | Auf der r. Seite des Nasenrückens ein etwas erhabenes, 2 cm im Durchmesser grosses Geschwür mit höckrigem Grunde und harten, gewallten Rändern. | Operation 3. XII. 90. Excision, Deckung d. Defects durch Lappen von d. Stirn u. Schläfe. | Glatte Heilung. 18. I. 91. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 7. VII. 94 ist Patientin geheilt geblieben. |
| No. 30. Eleonore K., 65 J., aus Carsdorf. | Beginn vor etwa 14 Jahren als Pustel, vor 6 Jahren operiert, ferner vor 3 Jahren, ohne dass ordentliche Heilung eintrat. | Rechts von der Nase am innern Augenwinkel, bis in die Gegend des F. infraorbitale sich erstreckend eine kirschgrosse, derbe Geschwulst. Auf dem r. Nasenflügel ein pfenniggrosses, infiltriertes Geschwür. | Operation 10. VII. 91. Excision. Es zeigt sich, dass der Boden der Augenhöhle, das r. Nasenbein, die beiden unteren Muscheln, der Rand der incisura pyriformis und der Thränennasengang mitergriffen sind. Nachdem alles Erkrankte entfernt, wird die Wunde ausgebrannt u. tamponiert. | Glatte Heilung. Patientin am 14. VIII. auf Wunsch entlassen; die ganze Höhle ist mit guten Granulationen bekleidet. | Laut Mitteilung vom 29. VI. 94 ist Patientin recidivfrei. |
| No. 31. August B., 68 J., Maurer aus Cosillengien. | Beginn Frühjahr 91 als Knötchen, rasches Wachstum. | Die l. Wange wird durch eine, wenig erhabene Geschwulst von derber Consistenz und zerklüfteter, ulcerirter Oberfläche eingenommen. Nach oben erstreckt sich die Geschwulst bis ans | Operation 8. I. 92. Die Geschwulstmassen werden mit dem scharfen Löffel abgekratzt u. die Oberfläche mit dem Thermokauter ausgebrannt. Dann Ex- | Ernährung durch Schlundsonde 10. I. Ab. T. 38,4° Nachts tritt ohne vorhergehende Anzeichen plötzlich d. Tod ein. | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | bis inclusive vom Mundwinkel, nach aussen bis zum Ohr, das äussere Ohr mitergreifend, nach unten bis zum unteren Kieferrande. | Unterkiefers, Abmeisslung der oberen Partie des Jochbeins. Möglichste Verkleinerung d. Defects durch Naht, aseptischer Verband. | | |
| No. 32. Friederike Kl., 61 J., aus Halle. | Beginn vor 1 Jahre, wahrscheinlich auf dem Boden eines Atheroms nach Trauma. | Auf der Mitte des Kopfes eine in der Fläche fünfmarkstückgrosse Geschwulst von derber Consistenz und zerklüfteter Oberfläche. | Operation 15. I. 92. Excision. Nach Entspannungsschnitten kann der Defect zum grössten Teil durch Naht geschlossen werden. | Glatte Heilung. 31. I. geheilt entlassen. | Patientin stellt sich am 6. VII. 94 gesund vor. |
| No. 33. Wilhelmine L., 77 J., Witwe aus Eisleben. | Beginn des Leidens auf der Kopfhaut vor 11 Jahren, am Auge vor 2 Jahren, beide mal als Knötchen. | Auf der l. Seite des Kopfes über dem os parietale eine fünfmarkstückgrosse Ulceration von derber Consistenz und zerklüfteter Oberfläche. Am r. inneren Augenwinkel eine über erbsengrosse, derbe ulcerierte Geschwulst. | Operation 24. II. 92. Excision beider Carcinome. Der Defect auf dem Kopfe teils durch Nähte zusammengezogen, teils transplantiert. Am Auge Blepharoplastik nötig. | Glatte Heilung. 16. III. zur ambulatorischen Behandlung entlassen. | Patientin ist im Oct. 92 angeblich an Altersschwäche gestorben. Die Operationsstellen sollen nicht richtig verheilt, auch soll noch Geschwulst vorhanden gewesen sein. |
| No. 34. Rosine L., 46 J., Arbeiterfrau aus Markwerben | Beginn vor 4 Jahren als warzenartiges Knötchen, langsames Wachstum. | Auf der Oberlippe linkerseits ein markstückgrosses Geschwür mit aufgeworfenen, harten Rändern. In der l. regio submaxillaris eine bohnengrosse Drüse. | Operation 23. VI. 92. Excision. Deckung d. Defects durch Lappen aus der Wange. Extirpation der Drüse. | Glatte Heilung. 6. VIII. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 8. VII 94 ist Patientin geheilt geblieben. |

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 35. Karl D., 40 J., Bergmann aus Osterfeld. | Mutter an Magenkrebs gestorben. Vor 18 Jahren Trauma an der Unterlippe, Narbe mehrfach aufgeplatzt Seit 4 Jahren soll die Oberlippe dick sein; seit 4 Wochen stärkere Zunahme. | Die ganze Oberlippe von einer harten Geschwulst mit höckriger Oberfläche eingenommen. In der Submentalgegend eine infiltrierte Drüse. | Operation 3. IX. 92. Excision, Plastik. Exstirpation der Drüse. | Glatte Heilung. 15. IX. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 29. VI. 94 ist Patient geheilt geblieben. |
| No. 36. August W., 67 J., Maurer aus Oschersleben. | Beginn vor 10 J. als Knötchen, stärkeres Wachstum seit $^1/_2$ Jahre. | Am r. inneren Augenwinkel eine harte Geschwulst, 2 cm in horizontaler, 4 cm in vertikaler Richtung sich ausdehnend. | Operation 26. III. 93. Excision Die Hälfte des r. Nasenbeines und der grösste Teil d. knöchernen Nasenganges mit entfernt. Deckung des Defects durch Lappen von der Stirn. | Glatte Heilung. 30. III. Zur ambulatorischen Behandlung entlassen. | Laut Mitteilung vom 27. VI. 94 ist Patient recidivfrei. |
| No. 37. Therese W., 45 J., Postschaffnersw. Oldisleben. | Beginn vor 3 Jahr. in der l. Nasolabialfalte als kleine Warze. | Die l Hälfte der Oberlippe wird von einer wallnussgrossen, derben, auf der Oberfläche ulcerierten Geschwulst eingenommen. In der l. regio submaxillaris eine infiltrierte Drüse. | Operation 19. V. 93. Excision. Der l. Mundwinkel durch Naht an das Philtrum herangezogen. Deckung d. übrigen Defects durch Lappen aus d. Wange. Exstirpation d. Drüse. | Glatte Heilung. 14. VI. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 11. VII. 94 ist Patientin recidivfrei. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Karl D., 64 J. Tischler aus Sondershausen. | | | Excision. Deckung d. Defects durch Lappen von der Stirn. | lung. 25. VIII. geheit entlassen. | 26. VI. 94 ist Patient recidivfrei. |
| | **Carcinome** | **der äusseren** | **Genitalien.** | | |
| No. 39. Friedrich H., 58 J., Böttcherm. aus Harzgerode. | Juni 90 stärkere Quetschung des Penis, seitdem Schwellung. August 91 Ulceration. | Von der Gegend der Symphyse bis in die Haut des Scrotums erstreckt sich eine schwach erhabene, an der Oberfläche ulcerierte und zerklüftete Geschwulst, das vorhandene, ebenfalls erkrankte Rudiment des Penis umgebend. Leistendrüsen infiltriert. | Operation 18. XII. 91. Excision, Entfernung der Hoden, Durchtrennung der Harnröhre hinter d. Bulbus mit Fixierung des Stumpfes in einer Incisionswunde am Damm. Exstirpation der Drüsen. | Fieberloser Verlauf. 21. VIII. tritt der Tod unter den Zeichen von Herzschwäche ein. | |
| No. 40. Julius Br., 47 J., Arbeiter aus Halle. | Beginn vor 3 Monaten mit Urinbeschwerden und allmählicher Anschwellung der Glans. | Auf der Glans sitzt eine höckrige, blumenkohlartige Geschwulst von Wallnussgrösse. Inguinaldrüsen infiltriert. | Operation 25. XI. 92. Amputatio penis. Exstirpation der Drüsen. | Glatte Heilung. 16. XII. geheilt entlassen. | Nach Angabe der Frau ist Patient am 6. VIII. 93 am Recidiv gestorben. |
| No. 41. Christoph Schr., 70 J., Arbeiter a. Oschersleben. | Beginn vor 1 Jahre als Knötchen nach Stoss. | Auf der l. Hälfte der Glans eine wallnussgrosse, harte Geschwulst, an der Oberfläche mit einer Borke bedeckt. Ganze Glans infiltriert. Leistendrüsen nicht infiltriert. | Operation 12. VIII. 93. Amputatio penis. | Glatte Heilung. 24. VIII. geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 29. VI 94 ist Patient geheilt geblieben. |

# Carcinome an den Extremitäten und am Rumpfe.

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 42. Karl H., 44 J., Arbeiter aus Aschersleben. | Vor 15 Jahren schwere Quetschung des r. Ellenbogens. Die Wunde heilte nie recht zu. Vor $^1/_2$ J. begann sich eine Geschwulst in der Wunde zu entwickeln. | Auf der Streckseite des r. Ellenbogens eine handtellergrosse, flache, derbe Geschwulst, mit stark zerklüfteter Oberfläche, gegen die Unterlage nicht verschieblich. Von der Geschwulst zieht gegen die Achselhöhle ein mit erbsen- bis wallnussgrossen Tumoren versehener roter Streifen. In der Achselhöhle ein wallnussgrosser und mehrere kleinere Tumoren, über ersteren die Haut ulceriert. | Operation 3. VI. 91, Exstirpation der Drüsen. Operation 8. VI. 91. Nach Unterbindung der Arteria und Vena subclavia und Durchtrennung der Clavicula Abtragung des Armes sammt der Scapula. Ausräumung der Fossa supra und infraclavicularis. Aseptischer Verband. | Glatte Heilung, 2. VII. entlassen. Das Befinden gut, Wunde fast ganz geschlossen. | Patient ist am 12. XI. 91 gestorben. An der Operationsnarbe soll keine Geschwulst vorhanden gewesen sein. Auf dem Todenscheine hat Magenkrebs als Todesursache gestanden. |
| No. 43. Andreas M., 66 J., Maurer aus Badersleben. | Beginn Januar 91 nach Stoss als Knoten. | Am rechten Ellenbogen eine handtellergrosse granulierende Fläche, in der Mitte derselben ein flach erhabener Tumor, in der Fläche markstückgross. In der Achselhöhle infiltrierte Drüsen. | Operation 22. VI. 91. Excision d. erkrankten Hautpartie, von Condylus internus humeri, der mitergriffen, ein Stück abgemeisselt. Der nervus ulnaris reseciert. Exstirpation der Drüsen. | Nach cr. 3 Wochen Recidiv am Condylus internus humeri. Operation 12. VIII. Abmeisselung des Condylus. | Laut Mitteilung vom 29. VI 94 ist Patient recidivfrei. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | u. Deckung des Defects durch Lappen vom Thorax. Glatte Heilung. 11. IX. Zur ambulatorischen Behandlung entlassen. | |
| No. 44. Friedrich S., 42 J., Handarbeiter aus Thaldorf. | Vor $^3/_4$ J. platzte eine alte Narbe über dem l. Knie auf und heilte nicht wieder zu. | Dicht über dem l. Knie eine handtellergrosse, ulcerierte Fläche, die innere und vordere Seite des Oberschenkels einnehmend. Die Oberfläche ist zerklüftet, der Untergrund derb. | Operation 15. X 91. Excision der erkrankten Hautpartie und d. darunter liegenden Muskulatur. Der grosse Defect zum Teil durch Lappen v. der Aussenseite des Oberschenkels gedeckt. | Der Lappen wird zum Teil nekrotisch. 11. I. — 15. F. 92 Erysipel. Nach mehrmaligen Transplantationen ist die Wunde am 25. II. 93 völlig überhäutet. 4. III. 93 geheilt entlassen. | Laut Mitteilung vom 1. VII. 94 ist Patient geheilt geblieben. |
| No. 45. Heinrich Sch., 58 J., Arbeiter aus Egeln. | Vor 7 Wochen entstand auf einer alten, öfter aufgebrochenen Narbe der rechten Unterschenkeln ein Knoten. | Auf der Vorderfläche des r. Unterschenkels auf dem Boden einer Narbe eine 10 cm lange, 4 cm breite, 3 cm hohe Geschwulst, die aus einzelnen bis haselnussgrossen Knoten zusammengesetzt ist. Mit dem Knochen ist die Geschwulst fest verwachsen. | Operation 19. II. 92. Excision, Abmeisselung der oberflächlichen Partie des Tibia. Die Hautränder des Defects werden nach Entspannungsschnitten durch Nägel an den Knochen befestigt. Die Knochenfläche wird transplantiert. | Die Transplantationen heilen nicht an, sonst glatte Heilung. Die Wundfläche granuliert gut u. verkleinert sich. 15. IV. auf Wunsch entlassen. | Nach Mitteilung eines Arztes vom 28. VI. 94 ist kein Recidiv aufgetreten, es ist aber ein ulcus von 11 cm Länge u. 8 cm Breite vorhanden. |

| Personale. | Anamnestische Daten. | Sitz und Ausdehnung des Carcinoms. | Operation: Zeit und Art. | Heilungsverlauf. | Spätere Nachrichten. |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 46. Gottlob E., 51 J., Chausseearbeiter aus Liebigerode | Beginn vor 8 Wochen als Knoten. | Fingerbreit über dem Nabel findet sich eine 8 cm lange und 3 cm breite etwas erhabene Geschwulst mit höckriger, schmutzig belegter Oberfläche. Die Geschwulst ist gegen die Unterlage nicht verschieblich. | Operation 25. VIII. 91. Excision, Naht. | Glatte Heilung. 15. IX. 91 geheilt entlassen. | Patient ist Ende 93 gestorben. Es lässt sich nicht sicher feststellen, ob Recidiv vorhanden gewesen ist. |

Wegen Carcinom der Unterlippe werden in obiger Tabelle 20 Fälle behandelt. Ich habe die Unterlippencarcinome von dem übrigen am Kopfe zur Behandlung gekommenen Hautcarcinomen getrennt, weil sie sich durch ihre Häufigkeit und ihren meist bösartigen Verlauf vor den andern auszeichnen.

Es wurden ausschliesslich Männer von der Erkrankung betroffen. Es entspricht das der allgemeinen Erfahrung, dass Carcinom der Unterlippe nur sehr selten beim Weibe vorkommt. Die Praedisposition der Männer hat man mit dem Rauchen und mit den Reizungen durch schlechtes Rasieren in ursächlichen Zusammenhang gebracht.

Nach dem Alter verteilen sich die Fälle in folgender Weise:

| | | |
|---|---|---|
| 40—50 | Jahre . . . . . | 1 Fall |
| 51—60 | „ . . . . . | 6 Fälle |
| 61—70 | „ . . . . . | 8 „ |
| 71—80 | „ . . . . . | 4 „ |
| 81—90 | „ . . . . . | 1 Fall |
| | | 20 Fälle |

Die meisten Fälle treffen demnach auf das Alter von 61—70 Jahren.

In aetiologischer Hinsicht ist zu erwähnen, dass fast alle Patienten Raucher waren, einige davon starke Pfeifenraucher. In 6 Fällen gingen Rhagaden an der Lippe der Erkrankung voraus, in 2 Fällen wird Verwundung der Lippe als Ursache angegeben und in 2 Fällen entstand das Carcinom auf dem Boden einer alten Narbe.

Die Form, in der die Neubildung zuerst auftrat, war am häufigsten ein Knötchen, nämlich 10 mal, 4 mal eine wunde Stelle, 2 mal ein Blütchen, 1 mal eine warzenartige Wucherung und 1 mal eine Infiltration der Lippensubstanz. Die Dauer der Erkrankung bis zur Zeit, wo die Patienten klinische Hülfe suchten, betrug meist unter einem Jahre, nur 2 mal 1 Jahr und 1 mal 2 Jahre.

Als flache Form des Hautkrebses ist von den an-

geführten Fällen nur No. 18. sicher anzusehen, dafür spricht das langsame Wachstum und das Fehlen infiltrierter Lymphdrüsen. Es wurde schon oben erwähnt, dass an der Unterlippe die flache Form des Carcinoms selten auftritt, wie es sich auch hier zeigt.

Bevor ich auf die Erfolge der Operationen eingehe, möchte ich noch erwähnen, dass mit Ausnahme von zwei Fällen infiltrierte Drüsen fühlbar waren, also bei 20 Fällen 18 mal=90%. Die Drüsen wurden stets bei der Operation exstirpiert. Es ist hervorzuheben, dass in der hallischen Klinik bei Lippencarcinom die Regionen, in welcher die erkrankten Drüsen zu liegen pflegen, also die Submentale und die Submaxillargegend beiderseits, annahmslos freigelegt werden und das Fettgewebe dieser Gegenden mit allen darin liegenden Drüsen exstirpiert wird, gleichgültig, ob man vorher geschwollene Drüsen gefühlt hat oder nicht. von Winiwarter giebt in seiner Statistik aus der Billroth'schen Klinik an, dass Drüseninfiltrationen bei Unterlippencarcinom nur in 10 Fällen (=15,4%) gefunden wurden, davon waren 3 Fälle inoperabel, aber von den Recidiven rechnet er 73,3% auf Recidive in den Drüsen, während von den hier angeführten Fällen nur einer an Recidiv in den Drüsen erkrankte.

Wenden wir uns näher den Schicksalen der operierten Patienten zu, um die Erfolge der Operationen kennen zu lernen, so finden wir:

| | |
|---|---|
| An den Folgen der Operation gestorben | 1= 5% |
| Geheilt an einer andern Krankheit gestorben | 3=15% |
| An Recidiv gestorben | 2=10% |
| An Recidiv erkrankt und noch lebend | 2=10% |
| Ohne Recidiv lebend | 12=60% |
| | 20 |

Bei dem an den Folgen der Operation Verstorbenen, No. 11, handelte es sich um eine weit vorgeschrittene Erkrankung, es waren Ober- und Unterlippe ergriffen. Der Patient starb 7 Tage nach der Operation an hypostatischer Pneumonie.

Die 3 ohne Recidiv verstorbenen Patienten No. 1, 2 und 8 sind an Altersschwäche gestorben und zwar der erste 9 Monate, der zweite 2 Jahre 10 Monate, der dritte 2 Jahre 1 Monate nach der Operation.

Von den an Recidiv Gestorbenen starb der eine No. 14 1 Jahr 2 Monate nach der Operation, anscheinend an continuierlichem Recidiv, der andere, No. 17 1 Jahr nach der Operation an Unterkiefercarcinom; auch in letzterem Falle wird es sich um ein continuierliches Carcinom gehandelt haben. Von den an Recidiv Erkrankten und noch Lebenden ist der eine, No. 3, 2 Jahre 10 Monate geheilt geblieben, dann trat wieder an der Unterlippe, $2^1/_2$ cm von der alten Narbe entfernt, ein Carcinom auf. Der Patient wurde deshalb wieder operiert und ist seitdem (5 Monate) geheilt geblieben. Dieses Recidiv ist als regionäres zu bezeichnen. Der andre Patient, No. 6, erkrankte ca. 1 Jahr nach der Operation an einer Geschwulst am Halse und wurde deshalb in Stassfurt operiert. In letzter Zeit soll wieder eine Geschwulst am Halse aufgetreten sein, die nach Aussage eines Arztes nicht mehr zu operieren ist. In diesem Falle handelt es sich anscheinend um Recidiv in den Lymphdrüsen, also um Infectionsrecidiv.

Die Heilungsdauer bei den ohne Recidiv Lebenden beträgt:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | 4 | 3 Jahre | 4 | Monate | No. | 13 | 2 Jahre | $3^1/_2$ | Monate |
| No. | 5 | 3 „ | 2 | „ | No. | 15 | 1 Jahr | 10 | „ |
| No. | 7 | 2 „ | $8^1/_2$ | „ | No. | 16 | 1 „ | $6^1/_2$ | „ |
| No. | 9 | 2 „ | 7 | „ | No. | 18 | 1 „ | — | „ |
| No. | 10 | 2 „ | 4 | „ | No. | 19 | — „ | $10^1/_2$ | „ |
| No. | 12 | 2 „ | $3^1/_2$ | „ | No. | 20 | — „ | 9 | „ |

Rechnen wir nun diejenigen als wahrscheinlich geheilt, bei denen mindestens $1^1/_2$ Jahr seit der Operation verstrichen ist, so müssen 18, 19 und 20 ausser Betracht bleiben. Es sind dann noch 9 Geheilte übrig, dazu kommen noch 2 von den ohne Recidiv Verstorbenen, nämlich No. 2 und 8, bei denen mehr als $1^1/_2$ Jahr seit der Operation ver-

gangen war. No. 1, der 9 Monate nach der Operation ohne Recidiv starb, kann ebenfalls nicht mit in Betracht gezogen werden. Wir erhalten dann von den 16 Fällen, die übrig blieben, als Resultat: 11 Heilungen (mindestens $1^1/_2$ Jahr) $=68{,}75\%$, 4 Recidiv $=25\%$, 1 Todesfall nach der Operation $=6{,}25\%$.

Vor mehr als 3 Jahren wurden nur 6 Patienten operiert. Diese Zahl ist aber zu klein, um daraus Schlüsse ziehen zu können. Wenn man daher auch noch nicht von definitiven Heilungen sprechen kann, da die Zeit zu kurz ist, so sind trotzdem die gewonnenen Resultate als vorzügliche zu bezeichnen.

Ausser den 20 Fällen von Carcinom der Unterlippe kamen nach obiger Tabelle noch 18 Fälle von Hautcarcinom am Kopfe zur operativen Behandlung.

Nach den Regionen verteilen sich die Fälle:

| | |
|---|---|
| Oberlippe | 3 Fälle |
| Nase | 5 „ |
| Auge | 5 „ |
| Wange | 2 „ |
| Behaarter Kopf | 2 „ |
| Ohr | 1 Fall |
| Schläfe | 1 Fall |
| | 19 Fälle |

Davon ist ein Fall, No. 33, mit multiplem Auftreten des Carcinoms, nämlich zugleich am Auge und behaarten Kopf.

Die 18 Fälle betreffen 6 Männer und 12 Frauen.

Nach dem Alter verteilen sich die Fälle in folgender Weise:

| | |
|---|---|
| 40—50 Jahre | 4 Fälle |
| 51—60 „ | 1 Fall |
| 61—70 „ | 9 Fälle |
| 71—80 „ | 3 Fälle |
| 81—90 „ | 1 Fall |
| | 18 Fälle |

Hier überwiegt also auch, wie bei den Unterlippencarcinomen, das Alter von 61—70 Jahren. Der flachen Form des Cacinoms gehören nach dem Verlaufe und dem Befunde 11, der tiefgreifenden 6 Fälle an; bei einem Fall lässt es sich nicht feststellen.

In aetiologischer Hinsicht ist nicht viel erwähnt. In einem Falle wird Erfrieren der Nase, in einem andern Erysipel als vorausgehend angegeben. In einem weiteren Falle entstand das Carcinom auf dem Boden eines ulcerierten Atheroms, in wieder einem andern auf dem Boden einer alten Narbe. Hereditäre Belastung war in zwei Fällen nachweisbar.

Die Art des ersten Auftretens war in 7 Fällen ein Knötchen, in 5 ein Blütchen oder Bläschen, in 2 eine Warze und in 1 Falle entwickelte sich das Carcinom aus einer lange bestehenden Warze.

Bis die Erkrankten klinische Hilfe aufsuchten, waren meist mehrere Jahre vergangen, bei einigen über 10 Jahre; eine Erfahrung, die man bei dem flachen Gesichtskrebs öfter macht.

Die Operationen wurden alle mit dem Messer ausgeführt; ausser bei No. 32 war in allen Fällen eine plastische Operation zur Deckung des entstandenen Defects nötig.

Infiltrierte Lymphdrüsen wurden ausser bei den drei Oberlippencarcinomen nur noch in einem Falle gefunden und exstirpiert.

Was nun die Erfolge der Operationen anbetrifft, so sind von den 18 Patienten:

| | |
|---|---|
| An den Folgen der Operation gestorben | 1 = 5,56% |
| Geheilt an einer andern Krankheit gestorben | 1 = 5,56% |
| An Recidiv gestorben | 2 = 11,11% |
| An Recidiv erkrankt und noch lebend | 1 = 5,56% |
| Ohne Recidiv lebend | 13 = 72,22% |
| | 18 Fälle |

Bei dem nach der Operation Verstorbenen, No. 31, handelt es sich um einen sehr weit vorgeschrittenen Fall,

es musste daher eine sehr eingreifende Operation ausgeführt werden. Der Tod trat am 2. Tage nach der Operation unter geringer Temperatursteigerung (38,4°) ohne sonstige Anzeichen plötzlich ein.

Von den an Recidiv Gestorbenen starb der eine, No. 21, 1 Jahr 6 Monate nach der Operation. Das Recidiv soll nach ca. $^1/_2$ Jahre aufgetreten sein; es bildete sich am Halse ein anfangs beweglicher Knoten, der später aufbrach, während die Operationsnarbe geheilt blieb. Es handelte sich wohl um ein Drüsenrecidiv. Der zweite Fall von Recidiv betrifft No. 33. Die Patientin ist 7 Monate nach der Operation angeblich an Altersschwäche gestorben, es sollen jedoch nach Angabe der Tochter die Operationsstellen nicht richtig geheilt gewesen sein, da sie noch Geschwulst zeigten. Es ist sehr fraglich, ob es sich in diesem Falle wirklich um Recidiv gehandelt hat.

Der mit Recidiv noch lebende Patient, No. 27, stellte sich selbst vor. An der ganzen Operationsstelle, rechte Schläfengegend, ist nach 3 Jahren 9 Monaten kein Recidiv wahrzunehmen, dagegen findet sich links vom Nasenrücken, nahe dem innern Augenwinkel, ein flaches Carcinom, das sich seit 2 Jahren entwickelt hat. Es ist dieser Fall eigentlich nicht als Recidiv zu bezeichnen, da das zweite Carcinom so weit entfernt von dem ersten sitzt, dass man es nicht als regionäres Recidiv bezeichnen kann. Man muss vielmehr das zweite Carcinom als eine vollständig neue Erkrankung auffassen.

Die Heilungsdauer bei den ohne Recidiv Lebenden beträgt:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. 22 | 4 | Jahre | | No. 32 | $2^1/_2$ | Jahre | |
| No. 23 | 4 | „ | | No. 34 | 2 | „ | $^1/_2$ Monat |
| No. 25 | 4 | „ | | No. 35 | 1 | „ | 10 Monate |
| No. 26 | 4 | „ | | No. 36 | 1 | „ | 3 „ |
| No. 28 | 3 | „ | $7^1/_2$ Monate | No. 37 | 1 | „ | 2 „ |
| No. 29 | 3 | „ | 7 „ | No. 38 | 1 | „ | 11 „ |
| No. 30 | 3 | „ | | | | | |

Unter diesen Fällen finden sich 7, die 3 Jahre und darüber ohne Recidiv geblieben und also als definitiv geheilt zu betrachten sind; dazu kommt noch Fall No. 24, wo der Tod 3 Jahre 10 Monate nach der Operation ohne Recidiv in Folge eines grossen Muskelabcesses am rechten Oberschenkel erfolgte. Ziehen wir nur die Patienten in Betracht, die vor 3 Jahren und darüber operiert worden sind, so erhalten wir von 10 Fällen 8 definitive Heilung =80%, ein Heilresultat, das gewiss ein sehr gutes genannt werden kann. Es ist noch zu bemerken, dass das eine Recidiv, No. 21, sicher der tiefgreifenden Form des Carcinoms angehörte, während das andere, No. 27, eigentlich nicht als Recidiv zu bezeichnen ist. Bei den übrig bleibenden 8 Fällen, die der flachen Form des Carcinoms angehören, ist also kein Recidiv vorgekommen. Es entspricht dies der allgemeinen Erfahrung, dass beim flachen Gesichtskrebs die Heilresultate am günstigsten sind.

Wenden wir uns nun den Carcinomen der äusseren Genitalien zu, so finden wir nur 3 Fälle von Peniscarcinom verzeichnet. Das Alter der Patienten war 47, 58, 70 Jahre. In aetiologischer Hinsicht finden wir zweimal ein Trauma erwähnt, nämlich einmal Quetschung, ein andermal Stoss.

Die Form, in der das Carcinom begann, war zweimal Schwellung der ganzen Glans, einmal ein Knötchen.

Die Leistendrüsen waren in zwei Fällen infiltriert und wurden exstirpiert. In dem dritten Falle waren keine infiltrierten Drüsen zu finden. Die Amputatio penis wurde mit dem Messer ausgeführt.

Von den 3 Operierten starb der eine, No. 39, an den Folgen der Operation. Es handelte sich um einen weit vorgeschrittenen Erkrankungsfall und trat der Tod am 3. Tage nach der Operation unter den Zeichen zunehmender Herzschwäche ein. Fieber war nicht aufgetreten.

Der zweite Patient, No. 40, starb 9 Monate nach der Operation an Recidiv.

Der Dritte lebt und ist geheilt geblieben, es sind allerdings erst $10^1/_2$ Monate seit der Operation verstrichen.

Es erübrigt noch von den Hautcarcinomen an den Extremitäten und am Rumpfe zu sprechen. Es stehen von ersteren 4 Fälle, von letzteren 1 Fall zu Gebote.

Alle 5 Patienten waren Männer.

Der Localisation nach gehörten die Carcinome dem Oberschenkel, dem Unterschenkel, der Bauchhaut je einmal, dem Ellenbogen zweimal an. Die Patienten standen im 42, 44., 51., 58. und 66. Lebensjahre.

Die Fälle von Hautcarcinom an den Extremitäten sind insofern wichtig als sie in aetiologischer Hinsicht einen gewissen Aufschluss über die Entstehung der Carcinome geben. Sie entwickeln sich meist an Stellen, die zunächst ein Trauma erlitten, dann aber Jahre lang continuierlichen Reizen ausgesetzt waren. Diesen Vorgang finden wir unter unsern Fällen 3 mal. Bei No. 42 war 15 Jahre vorher eine schwere Quetschung des Ellenbogens erfolgt, seitdem heilte die Wunde am Ellenbogen nie recht zu und auf dem Boden der alten Wunde entstand das Carcinom. No. 44 hatte 27 Jahre vorher ein schwere Verletzung des linken Oberschenkels erlitten, durch einen Fall platzte die alte Narbe wieder auf, heilte nicht wieder zu, und es entwickelte sich das Carcinom. No. 45 machte in seinem 12. Lebensjahre eine Entzündung und Eiterung am rechten Unterschenkel durch, weshalb er operiert wurde. Die Wunde schloss sich nie dauernd und im 58. Lebensjahre entstand auf dem Boden der Wunde das Carcinom. Bei No. 43 entwickelte sich das Carcinom in Anschluss an einen Stoss gegen den Ellenbogen, bei No. 46 fehlt eine Aetiologie.

In dem einen Falle von Carcinom am Ellenbogen, No. 42. wo das Leiden schon zu Metastasen in den Lymphdrüsen geführt hatte, wurde der ganze Arm sammt der Scapula und die Fossa supra- und infraclavicularis ausgeräumt. Der Patient starb 5 Monate nach der Operation.

An der Opertionsnarbae soll keine Geschwulst vorhanden gewesen sein, auf dem Todenscheine war Magenkrebs als Todesursache angegeben. Es ist nicht ganz sicher, ob es sich um Metastasenbildung gehandelt hat. Bei dem Carcinom am Oberschenkel wurde die erkrankte Haut und die darunter liegende Muskulatur entfernt, es entstand ein grosser Defect, der erst nach $1^1/_2$ Jahren durch wiederholte Transplantationen zur Heilung kam. Bei dem zweiten Fall von Carcinom am Ellenbogen und bei dem Carcinom am Unterschenkel musste ausser der erkrankten Haut auch noch von dem darunter liegenden Knochen ein Teil entfernt werden. Bei dem Carcinom am Ellenbogen trat nach 3 Wochen ein Recidiv am Condylus internus humeri auf, nach Abmeisslung desselben trat dauernde Heilung ein.

Die Heilungsdauer beträgt bei No. 43, Carcinom am Ellenbogen 2 Jahre 10 Monate, bei No. 44, Carcinom am Oberschenkel 2 Jahre 9 Monate, bei No. 45, Carcinom am Unterschenkel, 2 Jahre 4 Monate. Bei letzterem hat sich aber am operirten Unterschenkel ein Ulcus von 11 cm Länge und 8 cm Breite gebildet; ein Recidiv soll nach Angabe eines Arztes nicht vorhanden sein. Es liess sich nicht feststellen, wann das Ulcus aufgetreten ist.

Der wegen Carcinom der Bauchhaut operierte Patient, No. 46, ist 2 Jahre 3 Monate nach der Operation verstorben. Leider liess es sich nicht sicher feststellen, ob ein Recidiv vorhanden gewesen ist. Fassen wir nun zum Schlusse noch mal alle Fälle und die gewonnenen Resultate zusammen, so finden wir, dass in der Zeit vom 1. April 90 bis 1. Oktober 93 46 Patienten wegen Hautcarcinom in der hallischen chirurgischen Klinik operiert wurden. Von diesen starben an den Folgen der Operation $3 = 6{,}5\,\%$, geheilt entlassen und frei von Recidiven an andern Krankheiten gestorben, sind $4 = 8{,}7\,\%$, geheilt entlassen und an Recidiv erkrankt sind $10 = 21{,}7\,\%$, geheilt entlassen und geheilt geblieben sind $29 = 63{,}1\,\%$. Wenn nun auch von letzteren nicht alle als sicher geheilt zu betrachten sind, da die seit der

Operation verstrichene Zeit bei einer Anzahl noch zu kurz ist, so ist doch das gewonnene therapeutische Resultat als ein sehr günstiges zu bezeichnen, wie sich aus dem Vergleich mit andern Statistiken ergiebt. So kommt Thiersch auf 11,76% definitive Heilungen und 59,68% Recidive, Bergmann aus der Dorpater Klinik auf 18,97% definitive Heilungen und 47,94% Recidive, Billroth aus der Züricher Klinik auf 29,21% definitive Heilungen und 39,88% Recidive. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass alle 3 ausser den Hautkrebsen auch die Krebse der Mundschleimhaut mit in Betracht ziehen, bei denen die Prognose ungünstiger als bei den Hautkrebsen ist. von Winiwarter kommt in seiner Statistik aus der Billroth'schen Klinik auf 40,1% Heilungen bei Gesichtskrebs, wobei er angiebt, dass noch nicht alle Patienten über die Möglichkeit eines Recidiv hinaus sind.

Diese eben aufgezählten Heilresultate die aus früheren Jahrzehnten stammen, werden von den in dieser Arbeit aufgeführten Resultaten bedeutend übertroffen. Man kann daraus ersehen, wie sehr sich die Erfolge der Operationen bei Hautcarcinom im Laufe der Zeit gebessert haben.

Es sei mir an dieser Stelle noch gestattet, Herrn Prof. Dr. v. Bramann für die gütige Überweisung dieser Arbeit, sowie für die Überlassung der betreffenden Fälle aus seiner Klinik und für die freundliche Unterstützung meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

# Litteratur.

Ziegler, Pathologische Anatomie.
Billroth und v. Winiwarter, Allgemeine chirurgische Pathologie u. Therapie.
Tillmanns, Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie.
Lesser, Lehrbuch der Hautkrankheiten.
Alberts, Das Carcinom.
Thiersch, Der Epithelialkrebs, namentlich der äusseren Haut.
v. Winiwarter, Beiträge zur Statistik der Carcinome.

# Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Johann, Friedrich, Otto Weisswange, evangelischer Konfession, wurde am 20. Februar 1868 als Sohn des im Jahre 1889 verstorbenen Gutsbesitzers Otto Weisswange zu Falkenberg bei Dommitzsch geboren. Seine Vorbildung für die Universität erhielt er auf dem Gymnasium zu Torgau, welches er Ostern 1888 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Er widmete sich dem Studium der Medicin auf der Universität Halle, woselbst er am 2. Mai 1890 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Sommer-Semester 1891 studierte er in Zürich, im folgenden Semester in Berlin und dann wieder in Halle. Am 27. Juli 1893 wurde er in Halle exmatriculiert und vollendete am 22. Februar 1894 vor der hiesigen Prüfungskommission die ärztliche Staatsprüfung. Am 9. November 1894 bestand er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

In Halle:

Ackermann, Baumert, Bernstein, v. Bramann, Bunge, Eberth, Eisler, Harnack, v. Herff, v. Hippel, Hitzig, Kaltenbach, Knoblauch, Kraus, Kromayer, v. Mering, Oberst, Pott, Renk, Schwartze, Schirmer, Volhard, Weber, Welcker, Wollenberg.

In Zürich:

Eichhorst, Goll, Kreis, Lüning, Meyer, Wyder.

In Berlin:

Behrend, Burchardt, Gusserow, Jolly, Lewin, Martin, Schlange.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.

# Thesen.

I.

Bei der tiefgreifenden Form des Hautcarcinomes sind stets die regionären Lymphdrüsen aufzusuchen und sammt dem umgebenden Fettgewebe zu entfernen, auch wenn sie vorher nicht als geschwollen zu fühlen waren.

II.

Ist bei Conjunctivitis blenorrhoica die Spannung der Augenlider sehr gross, so empfiehlt sich die künstliche Erweiterung der äusseren Lidcommissur.

III.

Bei Hyperemesis gravidarum ist der künstliche Abort durch eine geeignete psychische Behandlung zu umgehen.